

S 14 KR 528/16

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Regensburg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
14

1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 14 KR 528/16

Datum
30.11.2016

2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Klage wird abgewiesen.
II. Der Streitwert wird auf 300,- EUR festgesetzt.
III. Die Kosten trägt die Klägerin.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer Aufwandspauschale.

Der bei der Beklagten versicherte F. befand sich in einem stationären Aufenthalt vom 14.12.2014 bis 01.01.2015 im Krankenhaus der Klägerin (Coxarthrose).

Mit Rechnung vom 07.01.2015 beantragte die Klägerin die Zahlung von 7.317,99 EUR nach der DRG I47 B. Die Beklagte bezahlte diese Forderung unter Vorbehalt und verlangte im Gegenzug am 27.01.2015 die Übermittlung der dies-bezüglichen Daten mit Begründung für den stationären Aufenthalt. Die Klägerin gab am 29.01.2015 zu erkennen, dass ursprünglich als Aufenthaltsende der 25.12.2014 geplant gewesen sei, wegen einer Hüft-OP der Aufenthalt verlängert werden musste. Die Beklagte vermutete eine Überschreitung der oberen Grenzverweildauer und informierte die Klägerin über eine Einschaltung des SMD, falls weitere Daten nicht eingehen sollten. Diese wiederum beantragte am 09.02.2016 die Aufwandspauschale von 300,- EUR bei der Beklagten. Die Beklagte weigerte sich in der Folge, die Aufwandspauschale zu entrichten, da auf ihre Fragen nicht eingegangen worden sei.

Nachdem eine Einigung nicht erzielt werden konnte, klagte die Klägerin am 16.06.2016 die Aufwandspauschale samt Zinsen beim Sozialgericht Regensburg ein. Der SMD habe nicht reagiert, nach der Prüfverfahrensvereinbarung sei die Prüfung innerhalb von 9 Monaten abzuschließen gewesen. Die Beklagte ging demgegenüber davon aus, dass die Klägerin die Daten gemäß [§ 301 SGB V](#) nicht ordnungsgemäß übermittelt habe. Erst deswegen sei eine Prüfung durch den SMD eingeleitet worden. Dieser habe dann nach Einsicht der Unterlagen festgestellt, dass die Abrechnung korrekt sei. Die Klägerin erwiderte dagegen, dass die Daten ausgereicht hätten.

Beide Beteiligten waren mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden.

Die Prozessbevollmächtigte der Klägerin b e a n t r a g t,

die Beklagte zu verurteilen, einen Betrag in Höhe von 300,- EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszins- satz seit Rechtshängigkeit zu bezahlen.

Die Beklagte b e a n t r a g t,

die Klage abzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird Bezug genommen auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten. Sämtlicher Inhalt war Gegenstand der Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, jedoch nicht begründet, denn der Klägerin steht die Aufwandspauschale nicht zu.

Das Gericht konnte gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da beide Beteiligte mit dieser Entscheidungsform einverstanden waren.

Gem. [§ 275 Abs.1 Nr.1 SGB V](#) sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Gem. [§ 275 Abs.1 c Satz 3 SGB V](#) hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro zu entrichten, falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt. Gem. [§ 301 Abs.1 Satz 1 SGB V](#) sind die Krankenhäuser verpflichtet, im Datenträgeraustausch bestimmte Angaben zu machen. Dabei wird zu Recht davon ausgegangen, dass ein Krankenhaus die Aufwandspauschale nicht verlangen kann, wenn die Krankenkasse durch eine fehlerhafte Abrechnung bzw. ein Fehlverhalten des Krankenhauses zur Einleitung des Prüfverfahrens veranlasst wurde (BSG [NZS 2011, 426](#)). Der Gesetzgeber wollte eine überbordende Bürokratie eindämmen.

Die Kammer geht mit der Beklagten davon aus, dass die Daten gemäß [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) nicht ausreichten. Die Klägerin hat lapidar mitgeteilt, dass die geplante Verweildauer zu kurz gedacht gewesen sei. Eine medizinische Begründung, wie sie die genannte Vorschrift verlangt, ist darin nicht zu sehen. Es kann der Beklagten auch nicht widerlegt werden, dass sie bei Angabe der erforderlichen Begründung den SMD gerade nicht mit der Prüfung des Falles beauftragt hätte.

Mit der Pauschale soll der Aufwand des Krankenhauses vergütet werden und pauschale Massenüberprüfung durch Krankenkassen eingegrenzt werden. Im vorliegenden Fall kann nach Ansicht der Kammer nicht dargetan werden, dass die Beklagte gleichsam ohne berechtigten Anlass oder gar missbräuchlich die SMD-Prüfung eingeleitet hat (vgl. Walter in Juris PR-Medizin R/11). Denn nachdem Krankenkassen keine Einsicht in die Ärztlichen Behandlungsunterlagen haben, sind sie auf die Vollständigkeit der Datenübermittlung durch die Krankenhäuser angewiesen (BSG USK 2013-22). Korrespondierend damit steht das Krankenhaus in der Pflicht, die Krankenkasse über Anlass und Verlauf der Krankenhausversorgung ordnungsgemäß zu informieren ([BSGE 111, 58](#)). Die Klägerin weiß auch als professionelle Abrechnerin, dass die von ihr gegebene lapidare Begründung einer Krankenkasse nicht reichen würde. Es muss im Abrechnungsverhalten vorausgesetzt sein, dass sich alle Beteiligten rechtstreu verhalten (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, [NZS 2014, 66](#)). Dies umfasst die umfassende Mitteilung des Grundes für die Länge des stationären Aufenthaltes. Die durch die Klägerin ins Feld geführte Entscheidung des BSG (USK 2013-100) spricht nicht dagegen, da dort nur eine falsche Codierung streitgegenständlich war, die dann nach Auffassung des BSG nachweislich fehlerhaft gewesen sein muss. Hier liegt der Fall jedoch anders, da schon die Mitteilung per se nicht ausgereicht hat, um eine medizinische Begründung darin zu sehen. Das BSG hat wiederum betont, dass Auffälligkeiten, die zu einer Abrechnungsprüfung berechtigen, dann bestehen, wenn z.B. die mitgeteilten Behandlungsdaten Fragen nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen, die die Krankenkassen aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsbewertung durch den SMD nicht beantworten können (vgl. BSG USK 2014-42). Es sollte auch im eigenen Interesse des Krankenhauses liegen, der Krankenkasse die entsprechenden Sachverhalte vollständig und nachvollziehbar mitzuteilen, um eine unerlässliche Vertrauensbasis in der Zusammenarbeit zu gewährleisten. Dies ist nach Überzeugung der Kammer nicht erfolgt. Die Beklagte brauchte deswegen die Aufwandspauschale nicht zu entrichten. Die PrüfVv 2015 spricht nicht dagegen, da diese erst für Aufnahmen ab 2015 gilt, hier der Patient schon 2014 aufgenommen wurde (§ 12 Abs. 1 PrüfVv).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#). Der Streitwert wird danach über den anwendbaren [§ 52 Abs. 3 GKG](#) auf 300,- EUR festgesetzt. Der unterliegende Teil, das ist die Klägerin, trägt die Kosten des Verfahrens ([§ 154 Abs. 1 VwGO](#)).

Nachdem nach Auffassung der Kammer Mitteilungspflichten der Krankenhäuser hinreichend geklärt sind, der Fall keine grundsätzliche Bedeutung aufweist, war die Berufung gemäß [§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) nicht zuzulassen. Es bleibt bei der Nichtzulassung der Berufung gemäß [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#), da der Streitwert unter 750,- EUR liegt.

Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2017-03-03